

Images in medicine

Infarctus splénique au cours d'une forme grave de la granulomatose avec polyangéite: à propos d'un cas

Olfa Berriche^{1,&}, Wafa Alaya¹

¹Service de Médecine Interne, Hopital Taher Sfar, Mahdia, Tunisie

[&]Corresponding author: Olfa Berriche, Service de Médecine Interne, Hopital Taher Sfar, Mahdia, Tunisie

Key words: Granulomatose, vascularite, infarctus splénique

Received: 11/05/2015 - Accepted: 21/05/2015 - Published: 28/05/2015

Pan African Medical Journal. 2015; 21:68 doi:10.11604/pamj.2015.21.68.7039

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/21/68/full/>

© Olfa Berriche et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Image en médecine

La granulomatose avec polyangéite (GPA) est une vascularite nécrosante systémique, caractérisée par une inflammation granulomateuse, une nécrose tissulaire et une vascularite touchant les vaisseaux de moyen et, surtout, de petit calibre. L'infarctus splénique est une complication très rare de la GPA, sa survenue est grave en raison des potentielles complications hémorragiques pouvant engager le pronostic vital. Nous rapportons l'observation d'un jeune patient âgé de 26 ans, dont le diagnostic de GPA a été posé il y a une semaine, et retenu devant la présence de 3 critères de l'ACR: atteinte ORL, anomalies à la radiologie pulmonaire, et atteinte rénale. Il a présenté subitement des douleurs abdominales prédominant à gauche, l'examen physique a objectivé une sensibilité du flanc gauche. Devant l'aggravation de la symptomatologie digestive, un angioscanner abdominal a été pratiqué montrant un infarctus splénique et un défaut de rehaussement segmentaire du rein droit. Le patient était mis sous corticothérapie et cyclophosphamide. Deux mois plus tard, le patient

était ré-hospitalisé pour apparition d'un purpura pétéchial rapidement extensif, une fièvre en rapport avec un sepsis, une aggravation rapide de l'atteinte pulmonaire et rénale à l'origine de son décès.



Figure 1: angio TDM abdominale en coupes axiales: (a) infarctus splénique; (b) un défaut de rehaussement triangulaire du rein droit